

Programa CVV: Prevenção do suicídio no contexto das *hotlines* e do voluntariado*
(CVV Program: suicide prevention in the context of hotlines and volunteering)

Carolina Neumann de Barros Falcão Dockhorn*
Blanca Susana Guevara Werlang**

Resumo – O comportamento suicida vem ganhando destaque em termos numéricos, constituindo um problema de saúde pública. Diante desta realidade, são fundamentais ações preventivas com o objetivo de reduzir os alarmantes índices de tentativas de suicídio e de suicídios consumados. Dentre os programas de prevenção, existe o recurso de atendimento por meio de *hotlines*, o qual se faz presente no Brasil através da ação dos Postos CVV, executores do Programa CVV de Prevenção do Suicídio e integrantes do Centro de Valorização da Vida. Com trabalhadores voluntários, o CVV oferece intervenção em crise a sujeitos que telefonam buscando apoio emocional. O objetivo deste artigo é contextualizar historicamente este tipo de serviço, destacando a ação do voluntário como peça fundamental na sociedade civil, no cuidado efetivo a pessoas em sofrimento e no esforço para evitar a concretização de um desfecho fatal.

Palavras-chave – Suicídio. Prevenção. Acolhimento.

Abstract – Suicidal behavior has been increasing in numbers becoming a public health issue. Due to this reality it is of extreme importance that preventive measures with the purpose of reducing outrageous numbers of suicide attempts and consummated suicides. Within the prevention programs there is the resource of hotlines on which has its presence in Brazil by the CVV agencies executors of CVV Suicide Prevention Program and members of the “Centro de Valorização da Vida”. With volunteer workers, CVV offers intervention in crisis to people who call looking for emotional support. The purpose of this article is to historically contextualize this type of service, enhancing the action of the volunteers as a fundamental part of civil society, in effective care of people in suffering and in the effort to avoid fatal ending.

Key words – Suicide. Prevention. User Embracement.

* Artigo recebido em 26.03.2008. Aprovado em 06.11.2008.

* Professora Assistente da Faculdade de Psicologia da PUCRS – Porto Alegre/RS – Brasil. Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Psicanalista em formação pela SIG – Sigmund Freud: Associação Psicanalítica (Porto Alegre). E-mail: carolina.dockhorn@pucrs.br.

** Professora Adjunta e Diretora da Faculdade Psicologia da PUCRS – Porto Alegre/RS – Brasil. Psicóloga, Doutora em Ciências Médicas/Saúde Mental pela UNICAMP. Membro do Grupo de Trabalho para implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio (Ministério da Saúde). E-mail: bwerlang@pucrs.br

Introdução

O tema da morte desencadeia diversas reações no ser humano. Uma delas é deparar-se com a constatação da própria finitude. Ainda que a morte seja a única certeza da vida, são visíveis as dificuldades dos indivíduos em tratar desse tema. Quando a morte é por suicídio, as dificuldades ampliam-se, já que está acrescido o aspecto da vontade humana: nele decide-se acabar com a própria vida, buscando livrar-se de uma dor psíquica insuportável. Apesar de ser um ato auto-infligido (voluntário e intencional), no qual o alvo é o próprio agente, o suicídio gera repercussões em todos os que o rodeiam, desde o contexto familiar até o social. Conforme De Leo (2004), para cada óbito por suicídio há pelo menos cinco pessoas próximas ao falecido cujas vidas são profundamente afetadas.

Cabe destacar que o suicídio é uma das dimensões do comportamento suicida, o qual inclui um possível *continuum* de comportamentos que vão desde pensamentos de autodestruição, seguidos de ameaças, gestos e tentativas de suicídio até o desfecho fatal (WERLANG; BOTEGA, 2004). A ideação suicida é um indicador de sofrimento psíquico, quando idéias de morte passam a ser vistas como alternativas a serem consideradas e, também, um indicador de risco, pois pode levar à tentativa de suicídio. Essa última é uma ação autodestrutiva que nem sempre resulta em morte, mas aponta para uma passagem ao ato que deve ser avaliada cuidadosamente, principalmente porque de 15 a 25% das pessoas que tentam o suicídio tentarão novamente se matar no ano seguinte, enquanto 10% das pessoas efetivam o intento (BOTEGA; RAPELI; FREITAS, 2004).

O suicídio está entre as dez primeiras causas de morte, no mundo, para todas as idades, e é a terceira causa de morte para jovens entre 15 e 34 anos. É, portanto, um problema de saúde pública. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), houve em 2003, aproximadamente, 900 mil mortes por suicídios, no mundo, sendo o número de tentativas dez a vinte vezes maior. Em 2002, 1,4% do ônus global, ocasionado por doenças, foi devido a tentativas de suicídio, estimando-se que em 2020 chegará a 2,4%. Ainda, para esse mesmo período, estima-se uma morte por suicídio a cada vinte segundos e uma tentativa a cada um ou dois segundos. O Brasil está entre os países classificados com taxas baixas de suicídio. Entretanto, segundo dados do Ministério da Saúde (2006), entre 1994 e 2004, para determinadas faixas etárias e regiões do país, as taxas já podem ser consideradas moderadas e elevadas.

Estes dados estatísticos são, indiscutivelmente, alarmantes. Torna-se clara, então, a necessidade de ações de prevenção, objetivando reduzir os índices de tentativas e de suicídios

consumados. Segundo Meleiro, Fensterseifer e Werlang (2004), os esforços de prevenção do suicídio devem estar pautados no conhecimento dos fatores de risco, os quais se dividem em três eixos: (1) fatores constitucionais e hereditários; (2) fatores ligados a condições endógenas (doenças físicas e mentais); (3) fatores ligados a hábitos e ambientes. Como os fatores constitucionais e hereditários não são passíveis de intervenção, as ações voltam-se ao que pode ser transformado, isto é, ao controle e mudança de fatores ligados a condições endógenas, hábitos e questões ambientais.

Predizer quais sujeitos vão transformar fantasias e/ou ideações em atos concretos, sem dúvida, é um problema de difícil solução. Contudo, é possível afirmar que a maioria dos suicídios pode ser prevenida. Para tanto, é necessária uma exaustiva qualificação dos agentes de prevenção e/ou intervenção, já que a avaliação em relação ao comportamento suicida deve ser extremamente cuidadosa, considerando o indivíduo em sua singularidade e especificidade. Sem dúvida, um dos principais desafios de avaliação é abordar a presença da ambivalência no suicida, o qual quer morrer e viver ao mesmo tempo. Botega e Werlang (2004) justificam que é o predomínio do desejo de vida que possibilita a prevenção. Referem, ainda, a complexidade do julgamento da intenção suicida, de modo que se deve estar atento ao grau de lucidez no planejamento, preparação e objetivação da ação autodestrutiva. Todavia, a qualificação do avaliador não se refere somente aos recursos técnicos, mas também à capacidade de identificar e manejar em si os efeitos provocados pelo indivíduo suicida.

Quando os integrantes de uma equipe de saúde se defrontam com pacientes que vão morrer, estes são mobilizados por ansiedades, defesas e sofrimento psíquico (na maioria das vezes inconscientes) de variadas intensidades. No contato com a morte e o morrer estes profissionais geralmente não se dão conta do próprio sofrimento, podendo, de acordo com a constituição do seu próprio mundo interno, facilitar ou comprometer sua conduta profissional (CASSORLA, 2006). Em relação a pacientes que tentaram suicídio, podem ser experienciados sentimentos de raiva e repulsa e, até mesmo, reações de franca hostilidade (ANDERSON; STANDEN; NAZIR; NOON, 2000). Contudo, só uma equipe capaz de observar, compreender e manejar as dimensões do comportamento suicida estabelecerá o vínculo necessário para garantir a confiança e colaboração do paciente.

Desconhecimento e preconceitos em relação ao comportamento suicida dificultam o estabelecimento de uma atitude acolhedora. Acreditar que a ameaça de suicídio é uma forma de manipulação ou considerar que falar sobre esse tema é induzir à ação ou, ainda, que o sujeito que realmente quer se matar se mata mesmo e não avisa são exemplos de equívocos e idéias que levam ao erro quanto ao manejo de pessoas sob uma situação de risco. Portanto, é

preciso sempre levar a sério uma ameaça de suicídio ou um aviso de tal intenção, além de questionar, sensata e francamente, o sujeito sobre idéias suicidas e considerá-lo em sua singularidade e na extensão de seu sofrimento.

O voluntariado como possibilidade de intervenção em saúde mental

Sabe-se que 50% a 60% das pessoas que se suicidam nunca consultaram um profissional de saúde mental (BOTEGA; WERLANG, 2004). Fica evidente, assim, que o trabalho com o comportamento suicida deve extrapolar os limites da psiquiatria e psicologia, capacitando enfermeiros, assistentes sociais, educadores, agentes comunitários, entre outros, para identificar, manejar e encaminhar sujeitos potencialmente suicidas a fim de que recebam a devida atenção. Dessa forma, é possível pensar que uma estratégia pertinente para a prevenção do suicídio envolve centros comunitários e intervenção de não profissionais em saúde mental. Abre-se, então, a necessidade de reflexão sobre a inserção do trabalho voluntário no âmbito da saúde psíquica.

O voluntariado está vinculado com o auxílio ao outro, ou seja, os homens ajudam-se simultaneamente, podendo configurar-se na solidariedade, que, no sentido moral, deve ser naturalmente recíproca entre os homens, caracterizando-se no altruísmo, na atitude generosa em oposição ao egoísmo e ao egocentrismo (FAGUNDES, 2005). Renes, Alfaro e Ricciardelli (1996) também entendem que a base de uma atividade voluntária é a solidariedade e a compaixão frente ao sofrimento dos semelhantes. A solidariedade, nesse sentido, relaciona-se com a alteridade, pois pressupõe o reconhecimento do outro como sujeito com potencialidades e se dirige à universalização (acesso a todos ao bem-estar e crescimento).

Meister (2003) destaca, igualmente, que a base de um trabalho voluntário é, de fato, a solidariedade. A forma como é organizado o voluntariado varia de país para país, em função da estrutura econômica, político-social e nível de desenvolvimento. Segundo Fagundes (2005, 2006), via de regra, pode-se dizer que, quanto menos desenvolvido é o país, menos formais são as estruturas voluntárias, havendo um crescimento das redes de ajuda mútua e auto-ajuda, enquanto nos países mais desenvolvidos a organização da ação voluntária é mais formal e há ênfase maior nas atividades filantrópicas. Seguindo com sua argumentação, a autora salienta que o incremento do trabalho voluntário numa perspectiva solidária se dá em uma sociedade que está sob a égide do capitalismo neoliberal, isto é, ao mesmo tempo em que incrementa a

faixa de pobreza da população pela vigência de um Estado mínimo, o neoliberalismo impulsiona a mobilização pelo bem-estar social, através do “terceiro setor”. Incentiva, assim, a execução de trabalhos voluntários, visando ao alcance do bem-estar social, já que o “terceiro setor” está diretamente identificado com a sociedade civil, por meio da execução de atividade solidárias e voluntárias em organizações não-governamentais.

De fato, o trabalho voluntário tem tomado novas e importantes dimensões no mundo contemporâneo. Tais dimensões referem-se ao papel das organizações sociais com base no trabalho voluntário em busca de alternativas à questão social, ao lugar dessas organizações na recomposição da ética da solidariedade no tecido social, a sua importância no fortalecimento da sociedade civil e na democratização da sociedade. Meister (2003) pontua que a consciência do que vem a ser o voluntariado auxilia a quem atua e a quem recebe. Isso porque o voluntário não é um substituto, mas sim um incremento na sociedade, ou seja, o voluntário não será um ocupante do cargo do especialista.

Se tomarmos o âmbito da saúde mental e, mais especificamente, o âmbito do comportamento suicida, baseando a análise no dado estatístico já apontado, de que metade das pessoas que cometeram suicídio nunca havia procurado um especialista da psiquiatria ou psicologia, reforça-se a importância de outras formas de intervenção na prevenção, tal como o voluntariado. De fato, no mundo existem diversos centros de prevenção ao suicídio, com mão-de-obra voluntária e formas alternativas de contato com os indivíduos em sofrimento emocional, como pelo uso do telefone. Esses serviços, conhecidos pelo termo em inglês *hotline*, oferecem auxílio não apenas à esfera da saúde mental, mas se prestam igualmente a serviços informativos, em geral ou a patologias médicas mais específicas, como diabetes ou câncer (CHIARI; VANELLI, 2005). A aplicabilidade da técnica de *hotline* como forma de intervenção em crise é alvo de pesquisas internacionais desde a década de setenta. No Brasil, porém, o seu estudo é muito incipiente (PRUDENTE, 2005).

Em âmbito nacional, há um serviço deste porte realizado pelos denominados “Postos CVV”, integrantes do Centro de Valorização da Vida, cuja fundação data de 1962. Apesar da longa existência do serviço, ainda são reduzidos os escritos a seu respeito. Neste sentido, o método utilizado neste artigo refere-se à elaboração de uma revisão da literatura a respeito das *hotlines* e, mais especificamente, do Centro de Valorização da Vida e dos Postos CVV. Serão abordadas as temáticas de suas origens, além de sua caracterização, através dos seus objetivos, embasamento teórico/técnica, organização, mão-de-obra e, ainda, seu papel na sociedade e nos esforços de prevenção do suicídio.

Hotlines: serviços de apoio emocional por telefone

Rosenbaum e Calhoun (1977) afirmam que a idéia de programas de intervenção em crise e prevenção ao suicídio data do início do século XX. As *hotlines* são serviços de atendimento emocional por telefone, que se originaram nos centros de prevenção, a partir da constatação de que a grande maioria das ligações recebidas indicava crises não-suicidas. Assim, de modo a acomodar um maior percentual de usuários, tornando-se acessível a uma maior parcela da comunidade e, ainda, atraindo usuários potencialmente suicidas, muitos centros de prevenção demarcaram seu espaço, tornando-se *hotlines* e oferecendo conselhos, terapia, informações ou apenas uma escuta compreensiva (ROSENBAUM; CALHOUN, 1977). Destaca Barz (2001) que este tipo de serviço cresceu muito nas últimas décadas. Tal fenômeno pode ser uma resposta ao alarmante aumento das taxas de mortalidade e dos índices de suicídio, e ao fato de que os tentadores de suicídio são mais propensos que os não-tentadores a colocarem nos outros, ao invés de neles mesmos, a possibilidade de solucionar seus problemas. Até 2001, já existiam mais de 500 serviços de atendimento por telefone nos Estados Unidos.

A rápida popularidade destes serviços deve-se ao fato de sua operacionalização e manutenção ser mais econômica, principalmente por ser prioritariamente composta de trabalhadores voluntários. Além disso, seu objetivo terapêutico é menos específico, não requerendo um quadro funcional de alto aperfeiçoamento, sendo aplicado aos mais diversos tipos de problemas emocionais. O foco central dos *hotlines* é desenvolver uma intervenção em crise a sujeitos que telefonem buscando apoio emocional. Não há utilização de diagnósticos psicopatológicos, nem o usuário é considerado um paciente, uma vez que o objetivo não é uma mudança significativa em todas as áreas de saúde mental, nem uma mudança no funcionamento da personalidade. Dessa forma, uma intervenção satisfatória adquire valor profilático, podendo reduzir, segundo Rosenbaum e Calhoun (1977), as chances de estruturação de uma psicopatologia. Cabe ressaltar, também, que o serviço de *hotline* não realiza triagem, atendendo todas as ligações recebidas em igualdade de importância, já que, ao procurar o serviço, o próprio usuário indica que está se percebendo, de algum modo, em crise (ROSENBAUM; CALHOUN, 1977).

É característico das *hotlines* o conceito de que a ajuda está tão longe quanto o telefone mais próximo. Nesse sentido, entende-se que há possibilidade de oferecer ajuda às camadas da população que normalmente não teriam acesso. Por outro lado, muitos profissionais de saúde mental avaliam como inferior o serviço prestado via contato telefônico quando

comparado ao contato pessoal, pelo fato de não poder trabalhar com a expressão facial e a linguagem corporal do indivíduo. Rosenbaum e Calhoun (1977) ressaltam que os serviços de atendimento por telefone não dispensam a psicoterapia, mas, sim, podem somar-se a ela. As *hotlines* compartilham quatro características fundamentais: (1) operam em horários em que outros modos de ajuda não estão disponíveis; (2) são constituídas por um quadro de trabalhadores não-profissionais; (3) atendem a qualquer tipo de ligação, aceitando o assunto proposto pelo usuário; (4) oferecem apoio emocional, informações e referências a serviços úteis para a comunidade. Assim, *hotlines* preenchem uma lacuna, oferecendo ajuda a qualquer hora do dia, dando às pessoas a segurança de que elas nunca estão completamente sozinhas.

A utilização de um quadro de trabalhadores voluntários em agências prestadoras de serviços à população é bastante freqüente. Nos serviços de apoio emocional por telefone não é apenas um voluntariado, e sim um trabalho voluntário de não-profissionais, isto é, de pessoas que não são técnicas em saúde mental. Esse tipo de voluntariado é uma importante descoberta na história da prevenção ao suicídio, tendo iniciado em função da falta de mão-de-obra técnica disponível para oferecer ajuda 24 horas por dia, 365 dias por ano. Nesse sentido, McGee e Jennings (1973) ressaltam que as características fundamentais para a eficácia do atendimento são o interesse pelo cliente, a boa capacidade de julgamento e a determinação por intervir, sendo que tais características podem estar presentes tanto em profissionais como em não-profissionais.

É possível considerar que a proposta de *hotlines* é boa, uma vez que proporciona um método econômico de dispensar serviço assistencial para maiores porções da comunidade. Isso porque utiliza grande fonte de mão-de-obra – voluntários não-profissionais. A *hotline* oferece ajuda, apoio e informações em qualquer horário, principalmente quando a maioria das agências de serviços está fechada. É um serviço gratuito, independente do nível socioeconômico do usuário, ainda que sem o estigma de caridade. Oferece anonimato ao voluntário e ao usuário. Transcende barreiras geográficas nas quais um segundo pode fazer diferença entre a vida e a morte, e oferece uma forma de ajuda aceitável para muitas pessoas que normalmente não procurariam um serviço convencional. Assim, as *hotlines* são serviços, conforme Rosenbaum e Calhoun (1977), que dificilmente vão se extinguir, já que provocaram um avanço na área de saúde mental comunitária, sendo um importante instrumento profilático.

Entretanto, a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência (AACAP – 2001) adverte que ainda que as *hotlines* de intervenção em crise estejam amplamente espalhadas pelo mundo, as pesquisas acerca da eficácia deste serviço são muito

limitadas, não conseguindo verificar o real impacto deste serviço na prevenção ao suicídio. São levantadas algumas razões para justificar tal afirmativa:

- Os indivíduos suicidas não utilizam os serviços de *hotlines*, uma vez que estão em crise aguda ou não têm a intenção de serem defletidos da sua intenção de morte;
- Alguns indivíduos com idéias e planejamento suicidas não conseguem alcançar o serviço das *hotlines*. Isso porque os serviços estão muitas vezes congestionados e, diante da demora pelo atendimento, o possível usuário acaba encerrando a ligação;
- As respostas e os conselhos fornecidos pelos interlocutores das *hotlines* podem ser estereotipados e de pouco auxílio para a demanda do indivíduo;
- Há nos usuários destes serviços uma diferença significativa de gênero: quem mais utiliza são as mulheres e elas se matam menos que os homens.

Em contrapartida, De Leo, Buono e Dwyer (2002) confirmam a eficácia de uma experiência de *hotline* na Itália, onde houve significativo decréscimo nos índices de suicídio, principalmente entre mulheres idosas. Em homens, a iniciativa segue sem efetividade comprovada. Todavia, o serviço italiano conta com o diferencial de que seus usuários, além de poderem telefonar 24 horas por dia, 7 dias por semana, também recebem ligações duas vezes por semana, nas quais são feitas entrevistas de acompanhamento. King e Frost (2005) descrevem uma iniciativa local de prevenção do suicídio na cidade inglesa de New Forest, onde eram verificados muitos suicídios, principalmente por inalação de gás carbônico nos carros. O programa de prevenção, nesta cidade, envolveu placas de informação com o número do serviço de *hotline* inglês – *The Samaritans* – nos estacionamento considerados locais mais freqüentes de suicídio. Os pesquisadores verificaram uma redução significativa no número de suicídios nos locais onde foram colocadas as placas, indicando o sucesso do programa e, provavelmente, a efetividade do serviço da *hotline*. Nesta mesma linha, uma investigação realizada por Porter, Astacio e Sobong (1997) com militares veteranos nos Estados Unidos conclui que o serviço de *hotline* mostrou-se aparentemente eficaz na intervenção em crise e prevenção ao suicídio nesta parcela da população.

Hotlines no Brasil: origens e caracterização

Na segunda metade do século XX, na Inglaterra, foi fundada a *hotline The Samaritans* (Os Samaritanos). O idealizador do serviço passou a oferecer apoio por telefone após o suicídio de uma adolescente, que se matou por achar que estava com uma doença sexualmente transmissível, quando de fato era apenas a sua menarca.

Os Samaritanos é um serviço totalmente prestado por voluntários, 24 horas por dia, caracterizando-se pelo que denominam de caráter humanitário, ou seja, sem qualquer cunho religioso ou partidário. Atualmente, está disponível em todo o Reino Unido, num total de 202 postos de atendimento, mas, além desses, Os Samaritanos também realizam trabalhos em prisões e escolas (SAMARITANS, 2006, 2007).

Em 2005, Os Samaritanos receberam mais de cinco milhões de contatos por telefone, carta, e-mail, ou presencial (face a face). Destes, 92% foram realizados através do telefone e o restante do percentual dividiu-se principalmente entre e-mail (134.800 contatos) e encontros presenciais (47.800). Do total de contatos realizados, 48% foram trotes ou contatos silenciosos, e cerca de 20%, isto é, 480.000 contatos possuíam conteúdo suicida (SAMARITANS, 2007). As estatísticas do ano de 2005 mostram, ainda, que a maioria dos indivíduos que buscam o serviço é do sexo feminino (51%). Considerando-se os voluntários, ativos ou inativos, Os Samaritanos contaram em 2005 com 17.200 trabalhadores, sendo a maioria (68%) dos voluntários ativos do sexo feminino. Do total destes trabalhadores, três mil foram recrutados e treinados para compor o serviço nesse ano. Ainda, todos esses voluntários ativos ofereceram 2.446.800 horas de serviço, contabilizando 23 dias de trabalho por ano para cada um deles. Cabe ressaltar que este número de horas desconsidera todo o tempo despendido em atividades de estudo, planejamento, treinamento, recrutamento e seleção (SAMARITANS, 2007).

A atuação dos Samaritanos na Inglaterra inspirou o surgimento de um serviço semelhante no Brasil. Trata-se do Centro de Valorização da Vida. Suas origens remontam ao início de 1961, quando jovens frequentadores das escolas da Federação Espírita do Estado de São Paulo passaram a interessar-se por obras de caridade. Foram, então, apresentados ao trabalho realizado em Londres pelos Samaritanos e foi-lhes sugerido trabalhar em uma campanha de prevenção ao suicídio (LORENZETTI, 1989).

O trabalho iniciou funcionando entre 16 e 22 horas sob o nome de Campanha de Valorização da Vida (origem da sigla CVV). Conforme Lorenzetti (1989), “o recurso que deveria ser usado, sempre que alguém manifestasse a idéia suicida, era propor um adiamento”

(p. 16). Um rol expressivo de pensamentos positivos era operacionalizado como “amanhã será outro dia” ou “após a tempestade vem a bonança”, entre outros. Em 1965, a Campanha de Valorização da Vida adquiriu personalidade jurídica, transformando-se no Centro de Valorização da Vida (CONCHON, 1989a). Hoje em dia, o Centro de Valorização da Vida é uma sociedade civil sem fins lucrativos, de caráter filantrópico, a qual mantém três programas assistenciais: Programa CVV de Prevenção do Suicídio, Hospital Francisca Júlia para tratamento de doentes mentais e dependentes químicos e Caminho de Renovação Contínua (CRC), programa de autoconhecimento desenvolvido em reuniões gratuitas e abertas à comunidade (CVV, 2003).

O Programa CVV de Prevenção do Suicídio foi a primeira atividade realizada pelo Centro de Valorização da Vida, estando na base de sua criação. A execução desse programa dá-se através dos Postos CVV, ou seja, o Centro de Valorização da Vida “coloca-se à disposição de todo e qualquer grupo de pessoas que, voluntariamente, queira instalar um ou mais Postos de Prevenção ao Suicídio” (CVV, 2003, p. 12), desde que sejam seguidos os princípios do seu regimento interno. Assim, tal como demarcado por Prudente (2005), a sigla CVV deve ser usada apenas como referência aos Postos CVV e ao trabalho baseado no Programa CVV de Prevenção do Suicídio e não mais como referência à ONG Centro de Valorização da Vida.

O CVV destina-se a prestar, voluntariamente, apoio emocional fraterno a qualquer pessoa que necessite principalmente via telefone, mas também por carta ou em encontros presenciais (CVV, 2007). Há Postos que viabilizam, ainda, apoio por e-mail, serviço que está em processo de implementação devido à ampliação do uso da Internet (CVV, 2003). A missão do CVV, que já está estabelecida desde a sua fundação, refere-se a “valorizar a vida, contribuindo para que as pessoas tenham uma vida mais plena e, conseqüentemente, prevenindo o suicídio” (CVV, 2004, p. 22). Para alcançar este objetivo, todavia, a única possibilidade aceita envolve ajudar emocionalmente apenas as pessoas que desejem receber e busquem auxílio. Assim, outras possibilidades, tais como ajuda financeira, distribuição de donativos, orientação religiosa e todas as demais que excedam o âmbito emocional estão vetadas. Em 1973, o CVV foi declarado entidade de utilidade pública federal, sendo também reconhecido em seu trabalho de prevenção do suicídio pelo Ministério da Saúde, recebendo apoio do Governo Federal em convênio firmado no ano de 2001 (CVV, 2003).

Cada Posto CVV tem sua própria mantenedora, a qual sobrevive por doações diretas – apoio em dinheiro – ou indiretas – publicidade grátis, por exemplo – e utilizam o nome CVV, por meio de um acordo de concessão de marca (FOCÁSSIO, 1989). Até abril de 2005,

somavam-se 58 Postos CVV em todo o país (CVV, 2005), sendo que o processo de expansão e criação de novos Postos segue em curso. De fato, o número de Postos é maior se forem considerados os denominados Postos Samaritanos. A diferença entre o Posto CVV e o Samaritano é que este último não se mantém em funcionamento 24 horas por dia. Isso porque normalmente o Posto Samaritano está localizado em regiões com populações menores e, portanto, não dispõe de um grupo de voluntários numeroso o suficiente para viabilizar o funcionamento ininterrupto do serviço.

Para o ano de 2006, o CVV tem como objetivo mais amplo a garantia da sustentabilidade do trabalho (CVV, 2007). Como caminhos para a concretização dessa meta, foram propostas ações como: melhorar a qualidade do serviço do CVV no que diz respeito à prática de sua filosofia nos apoios, ampliar o serviço, facilitar o acesso ao serviço, disseminar a filosofia CVV na sociedade e fortalecer a coordenação do CVV.

No ano de 2005 foram realizados 1.068.971 contatos com Postos CVV, através de 2.554 voluntários em todo o país. Verifica-se que o número total de voluntários, nos últimos seis anos, oscilou entre 2.127 no ano de 2000 e 2.607 em 2005. As estatísticas divulgadas no Boletim do CVV (CVV, 2007) em relação ao ano de 2005 indicam, ainda, que houve 1.061.702 atendimentos via telefone e 5.894 apoios pessoais, isto é, indivíduos que buscaram pessoalmente ajuda em um Posto CVV.

Segundo Conchon (1989b), o CVV é uma proposta de vida e seus alicerces básicos são a compreensão, fraternidade, cooperação e crescimento interior. Na década de 1970, o CVV passou a adotar o princípio da não-diretividade em seus atendimentos. É justificada a escolha da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) como embasamento do trabalho do CVV por ter a ACP “identidade absoluta com o princípio que norteou a fundação do CVV e é até hoje o esteio da instituição: valorização extrema do ser humano” (CVV, 2004, p. 1). Ainda, entende-se que a ACP pode ser compreendida e aplicada por leigos, para além da proposta de psicoterapia, objetivando apenas um auxílio circunstancial, através de diálogos de ajuda (CVV, 2004).

Assim, para o CVV, a relação de ajuda é um oferecimento de apoio de um ser humano comum a outro, cujo objetivo fundamental é a criação de condições para que seja reativada a “Tendência Atualizante” do sujeito, isto é, que ele liberte o seu desenvolvimento (CVV, 2003; 2004). A relação de ajuda não é aconselhamento, nem um substituto da psicoterapia ou qualquer tipo de ajuda especializada. O relacionamento é limitado à duração e extensão da necessidade do outro, não sendo imposta a ninguém.

O fundamental papel do voluntário no CVV

Ao voluntário CVV cabe criar as condições para que a pessoa se abra a um desabafo. O CVV, em conformidade à ACP, entende que o ser humano tem uma tendência natural ao crescimento, em um sentido sempre positivo e, estando livre de ameaças, escolhe direções construtivas para o seu crescimento e realização de seus potenciais. O voluntário deve “proporcionar à pessoa com quem dialoga a aceitação que ela necessita para entrar em contato mais aberto consigo própria, criando condições favoráveis a mudanças. [...] Pode-se afirmar, a partir disso, que a função primária do voluntário do CVV é comunicar aceitação” (CVV, 2004, p. 17-18).

Como princípios que regem as atitudes do voluntário do CVV, estão as atitudes básicas de confiança nas pessoas, de respeito pelo outro, de aceitação e de compreensão empática (CONCHON, 1989b; CVV, 2003). É fundamental ressaltar que o voluntário é um dos três elementos essenciais (além da infra-estrutura e divulgação) dos Postos CVV. Ele é entendido como a pessoa com “disponibilidade interior para acolher, ouvir e compreender as pessoas angustiadas que procuram o CVV. Deve ser uma pessoa flexível e não-sectária, disposta a superar suas dificuldades pessoais para aprender a ajudar o próximo” (CVV, 2003, p. 12-13). Além das atitudes básicas, o Manual do Voluntário (CVV, 2003) destaca que uma das principais características deste deve ser a humildade de se colocar à mesma altura de quem o procura.

O denso caráter emocional da atividade exige um forte envolvimento do voluntário, não apenas emocionalmente, mas também em termos do número de horas doadas ao Posto. Os plantões têm a duração de quatro horas e meia e são sempre semanais, com exceção do plantão que inicia às 23 horas e termina às 7 horas, o qual, por ser de oito horas e não de quatro, ocorre quinzenalmente. Durante o plantão, toda a atenção do voluntário deve estar dirigida para a outra pessoa. Segundo o Manual do Voluntário (CVV, 2003), além da rigorosa pontualidade, o voluntário deve somente se dedicar a leituras relacionadas ao trabalho e ao seu aperfeiçoamento, mantendo-o “sempre disponível e preparado para a relação de ajuda” (p. 49).

Além disso, cabe aos voluntários a seleção e treinamento de novos trabalhadores, escolhidos em função do perfil esperado para o voluntário CVV. Do voluntário é também exigido um compromisso com o seu constante aprimoramento teórico-técnico através de momentos de atualização e qualificação em horários extras plantões como cursos e encontros regionais e nacionais. De fato, é previsto que, pelo menos uma vez ao ano, seja realizado

algum curso de atualização ou de reciclagem (CVV, 2003). Ainda: mensalmente, os voluntários participam de uma reunião de grupo (do número total de voluntários de cada Posto são montados grupos de no máximo 12 pessoas) cujo objetivo é viabilizar um espaço de troca de experiências, discussões administrativas, estudo e treinamento. Por fim, para proporcionar integração e coesão entre os voluntários, é realizada, bimensalmente, uma Reunião Geral de Voluntários, visando desenvolver e manter a noção de equipe com metas comuns (CVV, 2003).

Torna-se evidente, assim, o fundamental papel do voluntário no CVV. De fato, o voluntariado pode ser considerado o tema central desde a sua criação, sendo atualmente peça-chave não apenas na execução do trabalho de apoio emocional, mas também na administração e divulgação do Posto e na própria manutenção financeira deste.

Considerações finais

Quando a morte foge à sua característica de ser uma conseqüência natural da vida, ou ainda, quando se efetiva mediante um ato da própria pessoa de pôr fim à sua vida, é necessário ampliar o olhar sobre esse fenômeno humano. Destacar o aspecto de prevenção do comportamento suicida vem ressaltar o quanto uma nação perde com os prejuízos da saúde mental de sua população. Além de todas as pessoas próximas àquele que pensa, tenta ou comete suicídio, tal ato convoca a uma reflexão de toda a sociedade. Destacam-se, assim, iniciativas que nascem na sociedade civil organizada e que buscam oferecer uma oportunidade de acompanhamento ou escuta daquele que sofre.

Os voluntários do CVV, através de uma abordagem de disponibilidade e aceitação, preenchem uma lacuna criada pelo vazio e pelo desamparo, oferecendo às pessoas que telefonam a esperança de que eles podem mudar suas vidas para melhor. Isso porque a finalidade não está em resolver um problema, mas sim em ajudar o indivíduo a obter a independência e o amadurecimento que lhe permitam resolver outros problemas no futuro. Com atitude empática e garantia de sigilo, os voluntários do CVV são responsáveis pelo cuidado de pessoas, escutando-as a qualquer momento, uma vez que estão disponíveis 24 horas por dia, 365 dias por ano. Tal como destaca Prudente (2005), o voluntário CVV é um “amigo temporário”, ou seja, por um período determinado de minutos ou horas oferece atenção e escuta da melhor forma possível. Assim, o voluntário plantonista do CVV valoriza a vida do indivíduo, dedicando-se a ajudá-lo, acreditando que, assim, o próprio indivíduo

passará a valorizá-la também. No mundo atual, em que prima o individualismo e o descaso pelo próximo, os voluntários do CVV destacam-se pela atitude de colocar a sua atenção ao outro, estabelecendo uma relação de ajuda, que, embora não seja em nível técnico-profissional, pode ser efetivamente terapêutica e profilática.

A ação social do CVV (www.cvv.org.br) no Brasil é parte da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio (Ministério da Saúde, 2006), que visa reduzir as taxas de suicídio e tentativas, assim como, o impacto traumático destes eventos na família, entre amigos e conhecidos, nos locais de trabalho, nas escolas e em outros contextos da sociedade. Nesse sentido, é fundamental que a ciência psicológica se ocupe do trabalho e do voluntário do CVV, de tal forma a auxiliar no constante aprimoramento do serviço. É importante que pesquisas de eficácia e efetividade sejam realizadas, bem como trabalhos de orientação psicológica com os próprios voluntários – agentes da proposta de escuta e disponibilidade ininterruptas.

Referências

- ANDERSON, Martin; STANDEN, Penny; NAZIR, Saeed; NOON, Joseph. Nurses' and doctors' attitudes towards suicidal behaviour in young people. *International Journal of Nursing Studies*, v. 37, p. 1-11, Feb. 2000. Disponível em: <www.harcourt-international.com/journals/ijns/>. Acessado em: 19 jan. 2008.
- BARZ, Michelle. *Assessing suicide hotline's volunteers' empathy and motivations*. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, University of Florida, Gainesville, 2001.
- BOTEGA, Neury José; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Avaliação e manejo do paciente. In: WERLANG, Blanca Susana Guevara; BOTEGA, Neury José. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 123-140.
- BOTEGA, Neury José; RAPELI, Caudemir Benedito; FREITAS, Gislaine. Perspectiva psiquiátrica. In: WERLANG, Blanca Susana Guevara; BOTEGA, Neury José. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 107-120.
- CASSORLA, Roosevelt. A morte e o morrer. In: BOTEGA, Neury José, organizador. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 417-429.
- CHIARI, Giovanni; VANELLI, Maurizio. Telephone and Hot lines: a tool delivering clinical care. *Acta Biomed*, ano 76, n. 3, Jun. 2005. p. 75-80.
- CONCHON, Jacques. A comunicação entre postos. In: FOCÁSSIO, Flávio; CONCHON, Jacques; LORENZETTI, Valentim. *CVV – uma proposta de vida*. São Paulo: Aliança, 1989a. p. 17-22.
- CONCHON, Jacques. A filosofia do CVV. In: FOCÁSSIO, Flávio; CONCHON, Jacques;

- LORENZETTI, Valentim. *CVV – uma proposta de vida*. São Paulo: Aliança, 1989b. p. 23-25.
- _____. *CVV. Manual do voluntário*. 4. ed. São Paulo: São Paulo Edições, 2003.
- _____. *A abordagem centrada na pessoa aplicada ao PSV*. Manual elaborado pela Comissão Nacional do Programa de Seleção de Voluntários, 2004.
- _____. Cadastro dos Postos CVV. *Boletim do CVV*, ano 40, n. 369, p. 20-22, nov. 2005. Disponível em: <www.cvv.org.br/i_bol_abr_05.htm>. Acessado em: 11 nov. 2006.
- _____. O planejamento e a sustentabilidade do CVV. *Boletim do CVV*, ano 40, n. 375, p. 1-11, mar. 2006. Disponível em: <www.cvv.org.br>. Acessado em: 11 nov. 2007.
- DE LEO, Diego; BUONO, Marirosa; DWYER, Jonathan. Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention on northern Italy. *British Journal of Psychiatry*, n. 181, p. 226-229, Sep. 2002.
- DE LEO, Diego. Prefácio. In: WERLANG, Blanca Susana Guevara; BOTEAGA, Neury José. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 13-16.
- FAGUNDES, Helenara Silveira. *Voluntariado e solidariedade: da caridade ao direito*. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2005.
- FAGUNDES, Helenara Silveira. O voluntariado, a solidariedade e as políticas sociais. *Revista Virtual Textos & Contextos*, ano 55, n. 6, dez. 2006.
- FOCÁSSIO, Flávio. Estrutura organizacional do CVV. In: FOCÁSSIO, Flávio; CONCHON, Jacques; LORENZETTI, Valentim. *CVV – uma proposta de vida*. São Paulo: Aliança, 1989. p. 92-95.
- KING, Elisabeth; FROST, Neil. The New Forest Suicide Prevention Initiative (NFSPI). *Crisis*, ano 26, n. 1, p. 25-33, jan. 2005.
- LORENZETTI, Valentim. Origens e evolução do CVV. In: FOCÁSSIO, Flávio; CONCHON, Jacques; LORENZETTI, Valentim. *CVV – uma proposta de vida*. São Paulo: Aliança, 1989. p. 1-15.
- MCGEE, Richard; JENNINGS, Bruce. Ascending to “lower levels”: the case for nonprofessionals crisis workers. In: LESTER, David; BROCKOPP, Gene (Org.). *Crisis intervention and counseling by telephone*. Springfield: Thomas, 1973. p. 101-119.
- MEISTER, José Antonio Fracalossi. *Voluntariado: uma ação com sentido*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.
- MELEIRO, Alexandrina Silva; FENSTERSEIFER, Liza; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Esforços para prevenção. In: WERLANG, Blanca Susana Guevara; BOTEAGA, Neury José. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 141-152.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, OPAS, UNICAMP, 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Figures and facts about suicide*. Disponível em: <www.who.int/mental_health/media/en/382.pdf>. Acessado em: 01 out. 2005.
- PORTER, Luz; ASTACIO, Marcial; SOBONG, Loreto. Telephone hotline assessment and counseling of suicidal military service veterans in the USA. *Journal of Advanced Nursing*, n. 26, p. 716-722, nov. 1997.
- PRACTICE parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, n. 40,

p. 24S-51S, Jul, 2001. Suplemento n. 7.

PRUDENTE, André. *A construção histórica do modelo de relação de ajuda do Centro de Valorização da Vida na segunda metade do século XX: influências dos modelos de relação de ajuda da psicologia*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 2005.

RENES, Victor; ALFARO, Elena; RICCIARDELLI Ofelia. *El voluntariado social*. Madrid: Editorial CCS, 1996.

ROSENBAUM, Alan; CALHOUN, James. The use of the telephone hotline in crisis intervention: a review. *Journal of Community Psychology*, n. 5, p. 325-339, Oct. 1977.

THE SAMARITANS. *Confidential emotional support 24 hours a day*. Disponível em: <www.samaritans.org>. Acessado em: 11 dez. 2006.

THE SAMARITANS. *Annual Report & Accounts 2005-2006*. Disponível em: <www.samaritans.org>. Acessado em: 10 nov. 2007.

WERLANG, Blanca Susana Guevara; BOTEAGA, Neury José;. Introdução. In: WERLANG, Blanca Susana Guevara; BOTEAGA, Neury José. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 17-18.